栄養食事指導依頼箋

診療所名		医師名
TEL		
FAX		
患者氏名		性別 男・女
mp.		年齢
TEL	小子	職業
身長cm 体重kg BMI		
BP BMI		
BF 服薬内容	/mming	
加架门台		
インスリン:	なし ・ あり ()
病名		
1. 糖尿病	2. 高血圧 3. 脂質異	常症 4. 慢性腎臓病
5. 心疾患	6. 貧血 7. 肝疾患	8. その他()
疾患と関連のある臨床検査値を下記にご記入ください。		
検査項目	年 月 日	備考
検査項目 HbA1c	年 月 日 %	備考
	,	
HbA1c	%	
HbA1c 血糖値	mg/dl(空腹時・随時)	
HbA1c 血糖値 T-chol	mg/dl(空腹時・随時) mg/dl	
HbA1c 血糖値 T-chol LDL	mg/dl(空腹時・随時 mg/dl mg/dl	
HbA1c 血糖值 T-chol LDL HDL	mg/dl(空腹時・随時) mg/dl mg/dl mg/dl	
HbA1c 血糖值 T-chol LDL HDL TG	// mg/dl(空腹時・随時) mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl	
HbA1c 血糖值 T-chol LDL HDL TG BUN	mg/dl(空腹時・随時) mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl	
HbA1c 血糖值 T-chol LDL HDL TG BUN Cr	mg/dl(空腹時・随時) mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl	
HbA1c 血糖值 T-chol LDL HDL TG BUN Cr	mg/dl(空腹時・随時) mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl	
HbA1c 血糖值 T-chol LDL HDL TG BUN Cr GFR GOT	mg/dl(空腹時・随時) mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl	
HbA1c 血糖值 T-chol LDL HDL TG BUN Cr GFR GOT	mg/dl(空腹時・随時)mg/dl mg/dl	

電話で日時を予約し、本書をFAXして下さい。

電話:075-465-7353 (栄養科)

FAX: 075-465-7327 (地域連携室)